

PORFAVOR LLENE ESTA FORMA Y LA REGRESA A LA OFICINA.

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_ Nombre del medico: \_\_\_\_\_



# Wayne Women's Clinic, P.A.

OBSTETRICS & GYNECOLOGY

102 Handley Park Court • Goldsboro, NC 27534

(919) 734-3344

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Primer

Medio

Apellido

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero Social # \_\_\_\_\_

Lenguaje Preferido \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_

Numero de Casa # \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_ Pais \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Su trabajo \_\_\_\_\_

Numero de trabajo # \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor primario? \_\_\_\_\_

Farmacia preferida/Ubicación: \_\_\_\_\_

Como se entero a cerca de la clinica? \_\_\_\_\_

Nombre de seguro medico \_\_\_\_\_

Miembro titular del seguro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relacion con el titular \_\_\_\_\_

Nombre de su esposo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero social de su esposo \_\_\_\_\_

Empleo de su esposo \_\_\_\_\_ Numero de trabajo # \_\_\_\_\_

Encaso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Numero de telefono # \_\_\_\_\_ Numero de trabajo # \_\_\_\_\_

## Cuestionario de historia de la salud

Farmacia y ubicación preferidas: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor primario: \_\_\_\_\_

Dirección del doctor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**No tengo un Doctor primario**

**Medicamentos actuales: (por favor traiga a su cita)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inmunizaciones: (Aproximadamente las fechas recibidas)**

Vacuna contra la gripe \_\_\_\_\_

Vacuna Gardasil \_\_\_\_\_

Vacuna Tetano \_\_\_\_\_

Vacuna contra la varicela \_\_\_\_\_

Vacuna contra la neumonía \_\_\_\_\_

**Alergias / Reacciones: Ninguna**

**GYN Historia:**

Primer día de la última menstruación: \_\_\_\_\_

Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_

Fecha de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_

Fecha del último estudio de densidad ósea: \_\_\_\_\_

Fecha de la última DXA: \_\_\_\_\_

Fecha de la última ecografía pélvica: \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_

Prueba de VPH (Virus del Papiloma Humano): \_\_\_\_\_

¿Ha recibido la vacuna contra el VPH? (Marque con un círculo)      Sí      No

¿Alguna historia de frotis anormales de Papanicolaou? (marque uno)      Sí      No

Historia de la displasia clerical? Si No  
¿Eres sexualmente activa? Si No

Edad de Coito: \_\_\_\_\_

Total de socios de por vida: \_\_\_\_\_

Orientación Sexual: **(marque uno)**

Heterosexual Homosexual Bi-sexual Transgénero

Historia de las infecciones de transmisión sexual? Si No

Método actual de control de la natalidad: \_\_\_\_\_

Edad de la primera menstruación: \_\_\_\_\_

Edad de la menopausia: \_\_\_\_\_

Uso post hormonal menopáusico: \_\_\_\_\_

Historia de la endometriosis: Sí No

Historia de los fibromas: Sí No

Historia de la infertilidad: Sí No

Historia de problemas ováricos: Sí No

Historia de SOP (Síndrome de Ovario Poliquistico): Sí No

Medicamentos tomados para la menstruación: Sí No

Duración del ciclo menstrual (días): \_\_\_\_\_

Diethylstilbestrol (DES) las hijas expuestas de las mujeres que tomaron DES durante el embarazo Sí No

Nota: \_\_\_\_\_

### Historial obstétrico:

Total	
A término	
Prematuro	
Abortos inducidos	
Aborto Espontáneo	
Ectopicos	
Genelos	
Vivo	

<b>Embarazos pasados:</b>	<b>Fecha</b>	<b>Género</b>	<b>Peso</b>	<b>Tipo de entrega</b>	<b>Doctor</b>	<b>Cualquier problema de embarazo</b>

**Antecedentes familiares: (Especifique los miembros de la familia materna y paterna.)**

Diabetes	Miembro de la familia:
Trastorno de la glándula tiroides	Miembro de la familia:
Cáncer endometrial	Miembro de la familia:
Enfermedad del corazón	Miembro de la familia:
Colesterol alto	Miembro de la familia:
Alta presión sanguínea	Miembro de la familia:
Cáncer de piel	Miembro de la familia:
Cáncer uterino	Miembro de la familia:
Cáncer de mama	Miembro de la familia:
Cáncer de cuello uterino	Miembro de la familia:
Cáncer de ovarios	Miembro de la familia:
Cáncer de colon	Miembro de la familia:
Osteoporosis	Miembro de la familia:
Otro:	Miembro de la familia:

**Historia social:**

Estado del tabaquismo (**circule uno**) Nunca Fumado Ex Fumador Corriente

Todos los días Fumador Fuma Ocasionalmente Fumar

¿Cuánto? \_\_\_\_\_ años de uso del tabaco: \_\_\_\_\_

¿Audiencia de audición sorda o seria? Si No

¿Ciego o serio dificultad para ver? Si No

Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones: Sí No

¿Dificultad para caminar o subir escaleras? Si No

Dificultad para vestirse o bañarse: Si No

¿Dificultad haciendo diligencias solo? Si No

**Nivel de ejercicio (circule uno)** Ninguno Ocasional Moderado

**Dieta (circule uno)** Regular Vegetariano Vegano Sin gluten Diabético Cardíaco Hidratos de carbono Otros \_\_\_\_\_

**Ingesta de cafeína (circule uno)** Nunca Ocasional Moderado Pesado

**Consumo de alcohol (circule uno)** Nunca Ocasional Moderado Pesado

¿Cuántos días en el último año ha tenido un consumo excesivo de alcohol (4+ mujeres, 5+ hombres)

\_\_\_\_\_.

**Incontinencia urinaria:** Sí No

En caso afirmativo, ¿usa una almohadilla o explica: \_\_\_\_\_

Drogas ilícitas \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Exposición pasiva de humo: Sí No

Origen étnico: \_\_\_\_\_

El mas alto nivel de educación: \_\_\_\_\_

Drogas ilícitas-años de uso: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge o pareja: \_\_\_\_\_

Sexo protegido: (circule uno) A veces Siempre Nunca

Historia de la violencia doméstica: Sí No

¿Está usted empleado: Sí No

Si es así, ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Nivel general de estrés: (marque uno) Bajo Moderado Alto

Riesgo para la salud ocupacional: \_\_\_\_\_

¿Es aceptable la transfusión de sangre en caso de una emergencia?: Sí No

¿Realiza exámenes mensuales de mama?: Sí No

Aficiones / actividades: \_\_\_\_\_

Cinturones de seguridad utilizados de forma rutinaria: Sí No

¿Ha viajado recientemente o ha vivido en una zona afectada por Zika (las últimas 12 semanas, o actualmente está embarazada?)                      Sí              No

En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Tiene síntomas asociados con el virus zika (fiebre, sarpullido, dolor en las articulaciones o conjuntivitis)                      Sí              No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Historia quirúrgica:** (Enumere todas las cirugías con fechas, incluya colonoscopias o cualquier tratamiento para exámenes de Papanicolaou anormales).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historial Médico Pasado:**  
(Encierre en un círculo cualquier condición médica personal pasada o presente)

**Cáncer:** Cuello Cervical/ Colon/ Cuello Uterino /Vaginal Vulvar  
Otro \_\_\_\_\_

**Enfermedad del corazón:** Arritmia Hipertensión/ Alto Colesterol /Otro: \_\_\_\_\_

**Dermatología:** Acné/ Eczema/ Psoriasis Otros: \_\_\_\_\_

**ENT:** Pérdida auditiva Otros: \_\_\_\_\_

**Endocrino:** Diabetes/ Diabetes gestacional /Problemas de tiroides/ Osteoporosis /Osteopenia  
Otros: \_\_\_\_\_

**Ojos:** Pérdida de la visión Degeneración macular Otros: \_\_\_\_\_

**Gastrointestinal:** Pólipos de colon/ Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerada/ Enfermedad de la vesícula biliar/ Hemorroides/ Enfermedad del intestino irritable/ Enfermedad hepática / Hepatitis Reflujo / úlceras estomacales Vitamina deficiencia Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hematología:** Anemia/ Trastorno hemorrágico/ Trastorno de la coagulación sanguínea/ Transfusión sanguínea/ Embolia pulmonar Otros: \_\_\_\_\_

**Enfermedad infecciosa:** viruela de garganta/ Hiedra del cuello/ VIH/ Fiebre reumática/ Tuberculosis  
Otros: \_\_\_\_\_

**Neurología:** Dolores de cabeza / Migrañas Pérdida de memoria / Demencia Neuropatía Convulsiones / Epilepsia Accidente cerebrovascular Otro: \_\_\_\_\_

**Ortopedia:** Dolor de espalda crónico/ Enfermedad degenerativa de la articulación Fracturas  
Otro: \_\_\_\_\_

**Psiquiatría:** ADD /Trastorno de ansiedad/ Trastorno bipolar/ Depresión/ Trastorno alimentario PMS / PMDD Otro: \_\_\_\_\_

**Pulmonar:** Asma /COPD / Enfisema Alergias estacionales / Rinitis alérgicas Apnea del sueño  
Otro: \_\_\_\_\_

**Reumatología:** Artritis/ Enfermedad autoinmune Fibromialgia / Dolor crónico/ Síndrome de piernas inquietas Otro: \_\_\_\_\_

**Urología:** infecciones urinarias frecuentes/ Sangre en la orina/ Cistitis intersticial Enfermedad renal / infección Incontinencia urinaria Otros: \_\_\_\_\_

**Problemas de control sobre su peso**

Tenga en cuenta cualquier estrés en particular en su vida o cualquier otra cosa que usted piensa que debemos saber:

---

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_